医療費等の申請に関するご案内

資料目次

■ はじめに（2つの助成制度の概要） …… 1

■ 申請書類の選び方 …… 2

■ 1.保健医療助成費の申請 …… 3

・各居住国通貨における保健医療助成費の支給上限額一覧

・対象者

・対象となる医療費

・提出期限

・申請手続

■ 2.法律に基づく医療費の申請 …… 5

・対象者

・対象となる医療費

・申請手続

・その他

・在外被爆者への医療費支給について【計算方法】

<申請様式等>

○保健医療助成費（保険料）の申請手続	<黄色書類>
○保健医療助成費（医療費）の申請手続	<青色書類>
○法律に基づく医療費の申請手続	<桃色書類>

このご案内は、厚生労働省ホームページからもダウンロードできます。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/genbaku/genbaku02/index.html

QR コード

医療費等の申請に関するご案内

はじめに

2024 年 8 月
厚生労働省
広　島　県

（このお知らせは、ブラジル、アルゼンチン、パラグアイ、ボリビア、ウルグアイにお住まいの方々へのものです。）

日本国外に居住する方の（居住国での）医療費等の自己負担分について、次の 2 つの助成制度がありますので、その申請手続きをご案内します。

年間の自己負担分が

・30 万円以下の方は「1.保健医療助成費」をご利用ください。

・30 万円を超える場合は「2.法律※に基づく医療費」として申請してください。

※被爆者援護法

◎30 万円までの医療費を「1.保健医療助成費」として、30 万円を超えた分を「2.法律に基づく医療費」として申請することもできます。

【概要】

	1.保健医療助成費 （自己負担が 30 万円以下）	2.法律に基づく医療費 （自己負担が 30 万円超）
必要書類等	領収書を添付する簡便な申請	医師所見書等の添付を要する申請
	○　申請書 ○　領収書 ○　振込先口座確認書類 ○　被爆者健康手帳の写し	○　申請書 ○　領収書 ○　振込先口座確認書類 ○　被爆者健康手帳の写し ○　医師所見書等、医療機関や薬局で発行される病名や治療内容の詳細が分かるもの
	保険料：黄色の書類をご参照ください。 医療費：青色の書類をご参照ください。	詳細は桃色の書類をご参照ください。
提出先	日本公衆衛生協会	
期限	2025 年 1 月 31 日（金）必着	―
限度額等	年間支給上限額 30 万円まで	日本の診療報酬の例により算定した額が支給限度額となります。
備考	提出期限内で、何度でも申請できます。	審査にかなりの時間を要します。

【申請書類の選び方】

申請するのは、
A. 2024年の保険料または医療費
B. 2023年 以前の医療費

A. 2024年の保険料または医療費

B. 2023年以前の医療費

2024年の① 保険料
② 医療費(自己負担額が30万円以下)で保険料の申請なし
③ 医療費(自己負担額が30万円超)または、保険料の申請あり
※保険料か30万円以下の医療費の**どちらか**を保健医療助成費で申請できます。

①保険料

② 医療費30万円以下

③医療費30万円超

黄色の書類
【保健医療助成費】
保険料の申請

青色の書類
【保健医療助成費】
領収書等による簡便な申請

※30万円までを青色の書類で申請し、30万円を超えた分を桃色の書類で申請することもできます。

桃色の書類
【法律に基づく医療費の申請】
医師所見書等の添付を要する申請

◎桃色の書類 に よる 申請は、30万円を超えていなくても行えますが、審査に時間を要します。

ご不明な点は、日本公衆衛生協会までお問い合わせください。
TEL:+81-3-3352-4285　E-mail:zaigai@jpha.or.jp

1. 保健医療助成費の申請

領収書等による簡便な手続で、**年間 30 万円を支給上限額***とし、保健医療助成費の支給を受けることができます。

*各居住国の通貨に換算した支給上限額を以下の表でお示しします。2024 年 1 月～12 月までの 1 年間に支払った医療費については、表中「保健医療助成費の支給上限額」の範囲内において、保健医療助成費の申請を行うことができます。

支給額の決定は、居住国通貨で行います。支払の際、受け取る通貨によって、金額は為替レートの影響を受けます。円口座でお受け取りになる場合も、円での支給額の上限が、ご案内に記載の「30 万円」から変動しますので、ご了承ください。

保健医療助成費の支給上限額一覧			
国または地域	通貨単位	保健医療助成費の支給上限額	
アルゼンチン共和国	アルゼンチン・ペソ	1,578,948	ARS
オーストラリア連邦	オーストラリア・ドル	2,958	AUD
ボリビア多民族国	ボリビアーノ	12,837	BOB
ブラジル連邦共和国	レアル	9,317	BRL
カナダ	カナダ・ドル	2,641	CAD
中華人民共和国	人民元	14,165	CNY
EU	ユーロ	1,820	EUR
インドネシア共和国	ルピア	28,037,384	IDR
メキシコ合衆国	ニューペソ	29,557	MXN
フィリピン共和国	フィリピン・ペソ	105,634	PHP
シンガポール共和国	シンガポール・ドル	2,651	SGD
スウェーデン王国	スウェーデン・クローナ	20,577	SEK
スイス連邦	スイス・フラン	1,778	CHF
台湾	ニュー台湾ドル	61,602	TWD
タイ王国	バーツ	70,589	THB
英国	UK ポンド	1,536	GBP
アメリカ合衆国	アメリカ合衆国ドル	1,969	USD
ウルグアイ東方共和国	ウルグアイ・ペソ	74,258	UYU
ベトナム社会民主主義共和国	ドン	46,153,847	VND

※2024 年 4 月当初のレートに準拠

⑴対象者

○　居住国で医療費の自己負担が生じた方

○　対象者が死亡した場合、対象者に代わる遺族

⑵対象となる医療費

次の費用について、**年間 30 万円を上限（3 ページ*参照）**に支給します。

○　2024 年 1 月～12 月までの **1 年間に支払った**

・保険料または自己負担した医療費

・健康診断費用

⑶提出期限

申請書の**最終提出期限は、2025 年 1 月 31 日（金）必着**です。申請のお忘れがないよう、ご注意ください。

なお、最終提出期限までは、申請金額の合計が年間支給上限額 30 万円に到達するまで、何度でも申請できます。受付した申請順に、審査をしますが、審査のための時間が必要となりますので、申請から振り込みまでに一定の期間がかかります。あらかじめご了承ください。

⑷申請手続

保険料の申請：黄色の書類を参照のうえご提出ください。

医療費の申請：青色の書類を参照のうえご提出ください。

⑸その他

①　法律に基づく医療費の申請について

・　保健医療助成で保険料の申請を行った方が、医療費の自己負担が生じた場合は、5 ページでご案内する法律に基づく医療費の申請を行うことができます。

・　保健医療助成で医療費の申請を行った方が、医療費の自己負担のうち年間支給上限額 30 万円（3 ページ＊参照）を超えた額についても、法律に基づく医療費の申請を行うことができます。

2.法律に基づく医療費の申請

「1.保健医療助成費」申請の年間支給上限額 30 万円（3 ページ*参照）を超えた自己負担分は、被爆者援護法に基づく医療費の申請を行うことができます。

⑴対象者

○　保健医療助成で保険料の支給を受けた方

○　保健医療助成の年間支給上限額 30 万円を超過して自己負担が生じた方

○　対象者が死亡した場合、対象者に代わる遺族

⑵対象となる医療費

自己負担した医療費

※ただし、次の医療費は支給の対象とすることができません。

①　日本の公的医療保険では診療行為として認められていないもの

②　先進医療など、日本の公的医療保険では保険対象となっていないもの

③　保健医療助成費で助成を受けるもの

④　保険料　等

*日本の公的医療保険で対象にならない主な例については、次のページの表を参照してください。なお、ポーセレン、ジルコニア、セラミックなどを用いた治療費は、日本での保険材料に置き換えての算定になります。

【日本の公的医療保険で対象にならない主な例】

○　診療行為として認められていないもの ・入院時の差額室料 ・病衣代、おむつ代 ・文書料、証明書発行手数料 ・介護施設費、介護費用および介護入居費の頭金 ・老人ホームの入居費 ○　給付対象となっていない診療行為や補装具など ・インプラント治療費 ・駐車場代 ・治療行為を伴わない搬送代 ・処方箋によらない薬剤やサプリメント代 ・治療目的ではない健康診断費用 ・予防接種 ・先進医療 ・人工肛門の袋、人口膀胱の袋代 ・メガネや補聴器、歩行器や車いすなどの補装具　　等

⑶申請手続

桃色の書類を参照のうえご提出ください。

⑷その他

○　法律に基づく医療費の申請は、30 万円の年間支給上限額を超過していなくても行うことができます。

○　以下の期間について、必要な書類を添付して法律に基づく医療費の申請をいただければ、審査の上で自己負担した医療費をお支払いできる場合があります。

・2004 年以降で保健医療助成費の支給を受けていない期間

・被爆者健康手帳を取得してから 2003 年までの期間

在外被爆者への医療費支給について

（参考）

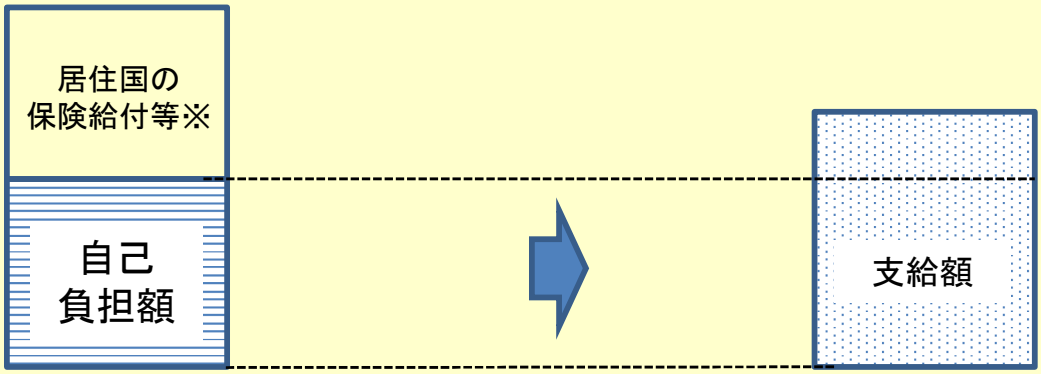
【計算方法】

①居住国の医療の内容が日本の医療の内容に近く、日本の診療報酬に換算した額が自己負担額を上回る場合

⇒ **自己負担額を全額支給**

※日本の診療報酬に換算しても、その額が自己負担額を上回るため、自己負担額と同額を支給

〔　居住国の医療費　〕　〔　日本の診療報酬に換算　〕

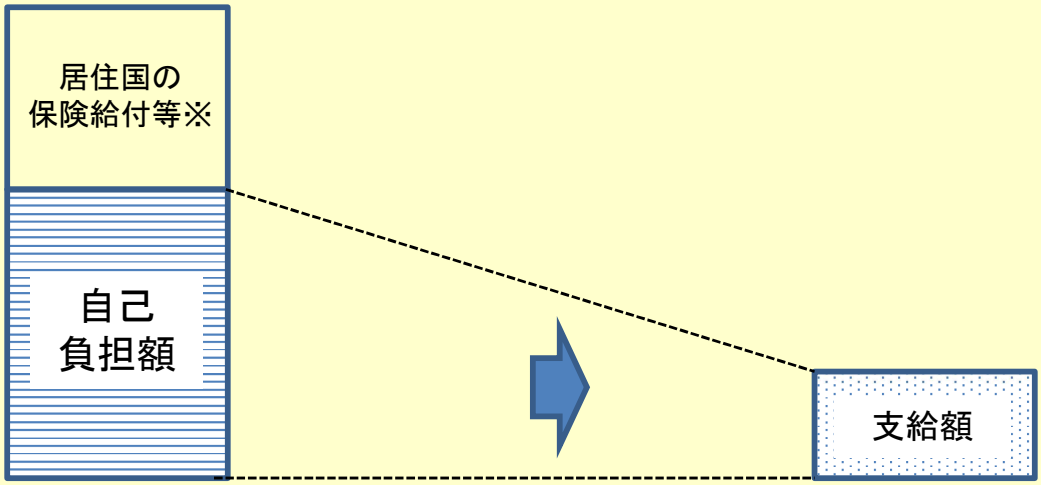


②居住国の医療の内容が日本の医療の内容より相当高額の場合

⇒ **自己負担額の一部を支給**

※自己負担額が支給額を上回る場合、日本の診療報酬に換算した額を全額支給

〔　居住国の医療費　〕　〔　日本の診療報酬に換算　〕



※公的保険給付、民間保険給付、その他当該医療に対する給付を含む。

保健医療助成費(保険料)の申請手続
領収書等による簡便な申請

◆次の 1~6 の書類を必ず提出してください。

チェック	番号	提　出　書　類
□	1	保健医療助成費支給申請書兼受給対象確認申請書（様式第１号）
□	2	振込先口座確認書類（通帳の写しや小切手等）
□	3	保健医療助成費支給申請内訳 毎月払いの場合：様式第 1 号の 2 毎月払い以外の場合：様式第 1 号の 3
□	4	次の 4 点が確認できる保険料の領収書 ①支払った金額 ②保険料を支払った者の氏名（申請者本人の氏名と同一であること） 申請者以外の保険料等が含まれた領収書の場合は、本人分がわかるように本人分のみに下線を引いてください。 ③保険会社の名称、所在地、電話番号 ④支払い年月日
□	5	保険の契約書の写し ※　保険により保障を受けることができる期間に、2024 年 1 月から 12 月までの間が含まれている医療保険です。
□	6	被爆者健康手帳、受給対象確認通知書、被爆時状況確認証のいずれかの写し

以下 7~12 の書類は必要に応じて提出してください。

□	7	本人確認書類 ※各種手当（健康管理手当、保健手当、医療特別手当又は特別手当）を受給されていない方は、以下のいずれか 1 点を提出してください。 ・戸籍謄本・抄本・公証人による証明書（Notary public） ・在留許可証・居住証明書等（申請日前 1 か月以内に発行されたもの）
□	8	確認内容変更届（様式第 2 号） ※　住所等の変更があった場合のみご提出ください。
□	9	支給申請書（死亡後申請用）（様式第 3 号） ※　１の代わりに９を提出してください。
□	10	死亡届（様式第 4 号） ※　死亡年月日が確認できる書類（公的機関または病院で発行される死亡証明書）を添付してください。
□	11	家族関係または財産相続権があることを証明できる書類
□	12	受取人の振込先口座の確認書類(必ず死亡後申請者名義の口座としてください) ※　9~12 の書類は、死亡した被爆者の医療費を遺族が申請する場合のみご提出ください。

◆申請書の提出時期など

【最終提出期限：2025 年 1 月 31 日(金)必着】

最終提出期限までは、申請金額の合計が年間支給上限額 30 万円までは、何度でも申請を行うことができます。

受付した申請順に審査をしますが、審査のための時間が必要となりますので、申請から振り込みまでに一定の期間がかかります。あらかじめご了承ください。

【保健医療助成費（保険料）申請書類提出先】

〒160-0022　JAPAN
東京都新宿区新宿 1 丁目 29－8
一般財団法人日本公衆衛生協会
在外被爆者保健医療助成事業担当係　宛
電話　+81-3-3352-4285
ファックス　+81-3-3352-4605
電子メール　zaigai@jpha.or.jp

〒160-0022　JAPAN
東京都新宿区新宿 1 丁目 29－8
一般財団法人日本公衆衛生協会
在外被爆者保健医療助成事業担当係　宛
電話　+81-3-3352-4285
ファックス　+81-3-3352-4605
電子メール　zaigai@jpha.or.jp

〒160-0022　JAPAN
東京都新宿区新宿 1 丁目 29－8
一般財団法人日本公衆衛生協会
在外被爆者保健医療助成事業担当係　宛
電話　+81-3-3352-4285
ファックス　+81-3-3352-4605
電子メール　zaigai@jpha.or.jp

〒160-0022　JAPAN
東京都新宿区新宿 1 丁目 29－8
一般財団法人日本公衆衛生協会
在外被爆者保健医療助成事業担当係　宛
電話　+81-3-3352-4285
ファックス　+81-3-3352-4605
電子メール　zaigai@jpha.or.jp

点線から切り取って、送付時のラベルとしてご利用ください。

複数回申請することが見込まれる場合には、3 ページから 9 ページの様式をあらかじめ複写しておいて（用紙の色は白色で構いません。）利用していただくか、申請用紙の追加送付を上記の日本公衆衛生協会へご連絡ください。

様式第１号

保健医療助成費支給申請書兼受給対象確認申請書（保険料）

受給対象確認通知番号				―				
（初めての申請で，受給対象確認通知番号がない場合は，次のいずれかの番号を記載の上，写しを添付してください。）								
被爆者健康手帳番号（公費負担医療の受給者番号）								
被爆時状況確認証（又は被爆確認証）番号								

フリガナ		西暦 大正　　年　　月　　日生 昭和	性　別
氏　　名			男・女
居住国			
住　所			
電話番号			
E-mail			
ご本人以外で連絡の取れる方の氏名・E-mail・電話番号			

振込口座 ※1	金融機関名	
	本(支)店名	
	本(支)店住所	
	口座番号	
	口座名義人	
	SWIFT/BIC コード	
	IBAN コード※2	

自己負担額	現地通貨　　（単位）

※1　・通帳の写し又は口座確認のできる書類を必ず添付してください。
・必ず申請者名義の口座としてください。
※2　南米または欧州地域にお住いの方のみ記入してください。

上記のとおり、2024 年分の保健医療助成費の支給を受けたく、関係書類を添えて申請いたします。

年　　月　　日

申請者氏名

※当該署名欄は必ず申請者ご自身が記入ください。

（代理で申請する場合）代理申請者氏名

代理申請者連絡先

※代理申請者連絡先は必ず連絡が取れる方の連絡先を記入ください。

広島県知事　様

様式第１号の２

保健医療助成費支給申請内訳（毎月払いの場合）

	金　　額	摘　　要
１月		
２月		
３月		
４月		
５月		
６月		
７月		
８月		
９月		
10 月		
11 月		
12 月		
合 計		

（注１）各月の支出額に係る領収書については、月毎に６ページの領収書貼付台紙（様式第１号の４）に貼って提出してください。

（注２）金額は、居住国の通貨単位で記載してください。

○　次の項目について、該当する記号に○をしてください。

・保険の加入形態について

ア、個人　イ、夫婦　ウ、家族（　　名）　エ、その他（　　名）

・毎月の保険料の支払方法について

ア、個人で支払い　イ、夫婦一括で支払い　ウ、家族一括で支払い

エ、その他（　　）

様式第１号の３

支 給 申 請 内 訳（毎月払い以外の場合）

金　　額	支払った保険料の保険期間
	年　　月　　～　　年　　月
	年　　月　　～　　年　　月
	年　　月　　～　　年　　月
	年　　月　　～　　年　　月
	年　　月　　～　　年　　月
	年　　月　　～　　年　　月

（注１）「支払った保険料の保険期間」とは、その保険料を支払ったことであなたが保険により保障を受けることができる期間のことです。何年何月から何年何月までの期間かを記載してください。

（注２）金額は、居住国の通貨単位で記載してください。

○　下記の項目について、該当する記号に〇をしてください。

・保険の加入形態について

ア、個人　イ、夫婦　ウ、家族（　　名）　エ、その他（　　名）

・保険料の支払方法について

ア、個人で支払い　イ、夫婦一括で支払い　ウ、家族一括で支払い

エ、その他（　　）

様式第１号の４

（　　）月分領収書貼付台紙

（注１）　領収書は、次の４点の記載があるものでなければなりません。

①　支払った金額

②　支払った者の氏名（申請者本人の氏名と同一であること）

③　保険会社の名称、所在地、電話番号

④　支払い年月日

（注２）領収書については、返却できませんのでご留意願います。

（注３）この様式は、適宜コピーし、月毎に１枚ずつご用意ください。何月分のものであるかを明記していれば、この様式でなくてもかまいません。

様式第２号

確認内容変更届（氏名・住所・電話番号変更）

年　　月　　日

広島県知事　様

（変更後）住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（変更後）氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※当該署名欄は必ず申請者ご自身が記入ください。

変更がある項目のみ記載してください。

受給対象確認通知番号									
				－					

氏名	フリガナ	
	変更前の氏名	
	フリガナ	
	変更後の氏名	
住所	変更前の住所	
	変更後の住所	
電話番号	変更前の電話番号	（国番号から記入すること）
	変更後の電話番号	（国番号から記入すること）
変更年月日		年　　月　　日

※　変更の内容が確認できる書類及び本人であることを証明できる書類を添付してください。

※　本届出は保健医療助成事業の申請のための届出であり、被爆者手帳の交付元の自治体に対しての手続は、別途行う必要があります。

様式第３号

保健医療助成費支給申請書（保険料）（死亡後申請用）

1. 申請する被爆者についての情報を記載してください。

受給対象確認通知番号				ー				
フリガナ		西暦 大正　　年　　月　　日生 昭和					性　別	
氏　　名							男・女	
住　所								

2. 申請者について記載してください。

フリガナ		被 爆 者 との続柄	
氏　　名			
居 住 国			
住　　所			
電話番号	（国番号から記載すること）		
E-mail			
振込口座 ※1	金融機関名		
	本（支）店名		
	本（支）店住所		
	口座番号		
	口座名義人		
	SWIFT/BIC コード		
	IBAN コード※2		
申請額	現地通貨　　（単位）		

申請者は、死亡した被爆者の相続人であることを証明できる書類を必ず添付してください。

※1　・通帳の写し又は口座確認のできる書類を必ず添付してください。
・必ず申請者名義の口座としてください。
※2　南米または欧州地域にお住いの方のみ記入してください。

上記のとおり、死亡者＿＿＿＿＿＿＿に対する 2024 年分の保健医療助成費の支給を受けたく、関係書類を添えて申請いたします。

万が一、受領後に当該保健医療助成費に関して争議が生じた場合、広島県知事に責任を問わないことはもちろん、私が一切の責任を負うことを誓います。

＿＿＿＿＿＿年　　月　　日

申請者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※当該署名欄は必ず申請者ご自身が記入ください。

広島県知事　様

様式第４号

死　　亡　　届

年　　月　　日

広 島 県 知 事　様

下記のとおり死亡の届出を、関係書類を添えて届け出ます。

フリガナ		被 爆 者 と の 続 柄	
氏　名			
居住国			
住　所			
電話番号	（国番号から記載のこと）		

死亡した者	受給対象確認通知番号				－					
	フリガナ									
	氏　　名									
	死亡の際の住　　所									
	死亡年月日									

※　死亡年月日を確認できる書類（公的機関または病院で発行される死亡証明書）を添付してください。

※　本届出は保健医療助成事業の申請のための届出であり、被爆者手帳の交付元の自治体に対しての手続は、別途行う必要があります。

※　受給対象確認通知書を返還してください。

保健医療助成費(医療費)の申請手続
領収書等による簡便な申請

◆次の 1～6 の書類を必ず提出してください。

チェック	番号	提　出　書　類
□	1	保健医療助成費支給申請書兼受給対象確認申請書(様式第５号)
□	2	振込先口座確認書類(通帳の写しや小切手等)
□	3	保健医療助成費支給申請内訳(様式第５号の２)
□	4	次の 4 点が確認できる領収書等の書類 ①支払った金額 ②医療を受けた者の氏名（申請者本人の氏名と同一であること） 申請者以外の医療費等が含まれた領収書の場合は、本人分がわかるように本人分のみに下線を引いてください。 ③医療機関の名称、所在地、電話番号 ※　必要に応じて以下の書類も添付してください。 ・医師の処方により薬局で薬を購入した場合：処方箋 ・民間保険給付を受けた場合：保険給付等の証明書 ④支払い年月日
□	5	被爆者健康手帳、受給対象確認通知書、被爆時状況確認証のいずれかの写し
□	6	受診医療機関リスト(様式第 6 号)

以下 7～12 の書類は必要に応じて提出してください。

□	7	本人確認書類 ※各種手当（健康管理手当、保健手当、医療特別手当又は特別手当）を受給されていない方は、以下のいずれか 1 点を提出してください。 ・戸籍謄本・抄本・公証人による証明書（Notary public） ・在留許可証・居住証明書等（申請日前１か月以内に発行されたもの）
□	8	確認内容変更届（様式第 7 号） ※　住所等の変更があった場合のみご提出ください。
□	9	保健医療助成費支給申請書（死亡後申請用） （様式第 8 号）※　1 の代わりに 9 を提出してください。
□	10	死亡届（様式第 9 号） ※　死亡年月日が確認できる書類（公的機関または病院で発行された死亡証明書）を添付してください。
□	11	家族関係または財産相続権があることを証明できる書類
□	12	受取人の振込先口座の確認書類(必ず死亡後申請者名義の口座としてください) ※　9~12 の書類は、死亡した被爆者の医療費を遺族が申請する場合のみご提出ください。

◆申請書の提出時期など

【最終提出期限：2025 年 1 月 31 日(金)必着】

最終提出期限までは、申請金額の合計が年間支給上限額 30 万円に到達するまでは、何度でも申請を行うことができます。

受付した申請順に審査をしますが、審査のための時間が必要となりますので、申請から振り込みまでに一定の期間がかかります。あらかじめご了承ください。

【保健医療助成費（医療費）申請書類提出先】

〒160-0022　JAPAN
東京都新宿区新宿 1 丁目 29－8
一般財団法人日本公衆衛生協会
在外被爆者保健医療助成事業担当係　宛
電話　+81-3-3352-4285
ファックス　+81-3-3352-4605
電子メール　zaigai@jpha.or.jp

〒160-0022　JAPAN
東京都新宿区新宿 1 丁目 29－8
一般財団法人日本公衆衛生協会
在外被爆者保健医療助成事業担当係　宛
電話　+81-3-3352-4285
ファックス　+81-3-3352-4605
電子メール　zaigai@jpha.or.jp

〒160-0022　JAPAN
東京都新宿区新宿 1 丁目 29－8
一般財団法人日本公衆衛生協会
在外被爆者保健医療助成事業担当係　宛
電話　+81-3-3352-4285
ファックス　+81-3-3352-4605
電子メール　zaigai@jpha.or.jp

〒160-0022　JAPAN
東京都新宿区新宿 1 丁目 29－8
一般財団法人日本公衆衛生協会
在外被爆者保健医療助成事業担当係　宛
電話　+81-3-3352-4285
ファックス　+81-3-3352-4605
電子メール　zaigai@jpha.or.jp

点線から切り取って、送付時のラベルとしてご利用ください。

複数回申請することが見込まれる場合には、3 ページから 9 ページの様式をあらかじめ複写しておいて（用紙の色は白色で構いません。）利用していただくか、申請用紙の追加送付を上記の日本公衆衛生協会へご連絡ください。

様式第５号

保健医療助成費支給申請書兼受給対象確認申請書（医療費）

受給対象確認通知番号				―				
（初めての申請で，受給対象確認通知番号がない場合は，次のいずれかの番号を記載の上，写しを添付してください。）								
被爆者健康手帳番号（公費負担医療の受給者番号）								
被爆時状況確認証（又は被爆確認証）番号								

フリガナ		西暦 大正　　年　　月　　日生 昭和	性　別
氏　　名			男・女
居住国			
住　所			
電話番号			
E-mail			
ご本人以外で連絡の取れる方の氏名・E-mail・電話番号			

振込口座 ※1	金融機関名	
	本(支)店名	
	本(支)店住所	
	口座番号	
	口座名義人	
	SWIFT/BIC コード	
	IBAN コード※2	

自己負担額	現地通貨　　（単位）

※1　・通帳の写し又は口座確認のできる書類を必ず添付してください。
・必ず申請者名義の口座としてください。
※2　南米または欧州地域にお住いの方のみ記入してください。

上記のとおり、2024 年分の保健医療助成費の支給を受けたく、関係書類を添えて申請いたします。

年　　月　　日

申請者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※当該署名欄は必ず申請者ご自身が記入ください。

（代理で申請する場合）代理申請者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代理申請者連絡先＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※代理申請者連絡先は必ず連絡が取れる方の連絡先を記入ください。

広島県知事　様

様式第５号の２

保健医療助成費支給申請内訳

	金　　額	摘　　要（入院があった場合、病院名を記載）
１月		
２月		
３月		
４月		
５月		
６月		
７月		
８月		
９月		
10 月		
11 月		
12 月		
合 計		

（注１）各月の支出額に係る領収書については、月毎に５ページの領収書貼付台紙（様式第５号の３）に貼って提出してください。
（注２）金額は、居住国の通貨単位で記載してください。

様式第５号の３

（　　）月分領収書貼付台紙

（注１）　**領収書は、次の４点の記載があるものでなければなりません。**

①　支払った金額

②　支払った者の氏名（申請者本人の氏名と同一であること）

③　医療機関の名称、所在地、電話番号

④　支払い年月日

（注２）領収書については、返却できませんのでご留意願います。

（注３）この様式は、適宜コピーし、月毎に１枚ずつご用意ください。何月分のものであるかを明記していれば、この様式でなくてもかまいません。

様式第６号

受診医療機関リスト

（通院中の医療機関又は、かかりつけ医療機関等をご記入下さい）

年　　月　　日

広島県知事　　様

居住国 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医療機関名	医療機関の所在地	電話番号

様式第７号

確認内容変更届（氏名・住所・電話番号変更）

年　　月　　日

広島県知事　様

（変更後）住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（変更後）氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※当該署名欄は必ず申請者ご自身が記入ください。

変更がある項目のみ記載してください。

受給対象確認通知番号									
				－					

氏名	フリガナ	
	変更前の氏名	
	フリガナ	
	変更後の氏名	
住所	変更前の住所	
	変更後の住所	
電話番号	変更前の電話番号	（国番号から記入すること）
	変更後の電話番号	（国番号から記入すること）
変更年月日		年　　月　　日

※　変更の内容が確認できる書類及び本人であることを証明できる書類を添付してください。

※　本届出は保健医療助成事業の申請のための届出であり、被爆者手帳の交付元の自治体に対しての手続は、別途行う必要があります。

様式第８号

保健医療助成費支給申請書（医療費）（死亡後申請用）

1. 申請する被爆者についての情報を記載してください。

受給対象確認通知番号				ー					
フリガナ		西暦 大正　　年　　月　　日生 昭和						性　別	
氏　　名								男・女	
住　所									

2. 申請者について記載してください。

フリガナ		被 爆 者 との続柄	
氏　　名			
居 住 国			
住　　所			
電話番号	（国番号から記載すること）		
E-mail			
振込口座 ※1	金融機関名		
	本(支)店名		
	本(支)店住所		
	口座番号		
	口座名義人		
	SWIFT/BIC コード		
	IBAN コード※2		
申請額	現地通貨　　（単位）		

申請者は、死亡した被爆者の相続人であることを証明できる書類を必ず添付してください。

※1　・通帳の写し又は口座確認のできる書類を必ず添付してください。
・必ず申請者名義の口座としてください。
※2　南米または欧州地域にお住いの方のみ記入してください。

上記のとおり、死亡者＿＿＿＿＿＿＿に対する 2024 年分の保健医療助成費の支給を受けたく、関係書類を添えて申請いたします。

万が一、受領後に当該保健医療助成費に関して争議が生じた場合、広島県知事に責任を問わないことはもちろん、私が一切の責任を負うことを誓います。

＿＿＿＿＿＿年　　月　　日

申請者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※当該署名欄は必ず申請者ご自身が記入ください。

広島県知事　様

様式第９号

死　　亡　　届

年　　月　　日

広 島 県 知 事　様

下記のとおり死亡の届出を、関係書類を添えて届け出ます。

フリガナ		被 爆 者 と の 続 柄	
氏　名			
居住国			
住　所			
電話番号	（国番号から記載のこと）		

死亡した者	受給対象確認通知番号				－					
	フリガナ									
	氏　　名									
	死亡の際の住　　所									
	死亡年月日									

※　死亡年月日を確認できる書類（公的機関または病院で発行された死亡証明書）を添付してください。

※　本届出は保健医療助成事業の申請のための届出であり、被爆者手帳の交付元の自治体に対しての手続は、別途行う必要があります。

※　受給対象確認通知書を返還してください。

法律に基づく医療費の申請手続
30 万円を超えた場合等の申請

◆次の 1~5 の書類を必ず提出してください。

チェック	番号	提　出　書　類
□	1	医療費・一般疾病医療費支給申請書兼受給対象確認申請書（様式第 10 号）
□	2	振込先口座確認書類（通帳の写しや小切手等）
□	3	次の 4 点が確認できる領収書等の書類 ①支払った金額 ②医療を受けた者の氏名（申請者本人の氏名と同一であること） 申請者以外の医療費等が含まれた領収書の場合は、本人分がわかるように本人分のみに下線を引いてください。 ③医療機関の名称、所在地、電話番号 ※　必要に応じて以下の書類も添付してください。 ・医師の処方により薬局で薬を購入した場合：処方箋 ・民間保険給付を受けた場合：保険給付等の証明書 ④支払い年月日
□	4	治療内容、病名などが分かる医師所見書等の書類
□	5	被爆者健康手帳の写し

以下 6~12 の書類は必要に応じて提出してください。

□	6	原爆症認定書の写し ※　医療特別手当を受給している場合のみご提出ください。
□	7	本人確認書類 ※各種手当（健康管理手当、保健手当、医療特別手当又は特別手当）を受給されていない方は、以下のいずれか 1 点を提出してください。 ・戸籍謄本・抄本・公証人による証明書（Notary public） ・在留許可証・居住証明書等（申請日前 1 か月以内に発行されたもの）
□	8	確認内容変更届（様式第 11 号） ※　住所等の変更があった場合のみご提出ください。
□	9	支給申請書（死亡後申請用）（様式第 12 号） ※　1 の代わりに 9 を提出してください。
□	10	死亡届（様式第 13 号） ※　死亡年月日が確認できる書類（公的機関または病院で発行される死亡証明書）を添付してください。
□	11	家族関係または財産相続権があることを証明できる書類
□	12	受取人の振込先口座の確認書類（必ず死亡後申請者名義の口座としてください） ※　9~12 の書類は、死亡した被爆者の医療費を遺族が申請する場合のみご提出ください。

◆申請書の提出時期など

申請書が提出されたものから、順次、審査して支給します。
ただし、日本で同様の治療が行われた場合の費用を算定するため、審査にかなりの時間を要します。そのため、支給までに一定の期間がかかります。あらかじめご了承ください。

【法律に基づく医療費の申請書類提出先】

〒160-0022　JAPAN
東京都新宿区新宿 1 丁目 29－8
一般財団法人日本公衆衛生協会
在外被爆者保健医療助成事業担当係　宛
電話　+81-3-3352-4285
ファックス　+81-3-3352-4605
電子メール　zaigai@jpha.or.jp

〒160-0022　JAPAN
東京都新宿区新宿 1 丁目 29－8
一般財団法人日本公衆衛生協会
在外被爆者保健医療助成事業担当係　宛
電話　+81-3-3352-4285
ファックス　+81-3-3352-4605
電子メール　zaigai@jpha.or.jp

〒160-0022　JAPAN
東京都新宿区新宿 1 丁目 29－8
一般財団法人日本公衆衛生協会
在外被爆者保健医療助成事業担当係　宛
電話　+81-3-3352-4285
ファックス　+81-3-3352-4605
電子メール　zaigai@jpha.or.jp

〒160-0022　JAPAN
東京都新宿区新宿 1 丁目 29－8
一般財団法人日本公衆衛生協会
在外被爆者保健医療助成事業担当係　宛
電話　+81-3-3352-4285
ファックス　+81-3-3352-4605
電子メール　zaigai@jpha.or.jp

点線から切り取って、送付時のラベルとしてご利用ください。
複数回申請することが見込まれる場合には、3 ページから 6 ページの様式をあらかじめ複写しておいて（用紙の色は白色で構いません。）利用していただくか、申請用紙の追加送付を上記の日本公衆衛生協会へご連絡ください。

様式第 10 号

医療費・一般疾病医療費支給申請書兼受給対象確認申請書

受給対象確認通知番号				ー					
（初めての申請で，受給対象確認通知番号がない場合は，次のいずれかの番号を記載の上，写しを添付してください。）									
被爆者健康手帳番号 （公費負担医療の受給者番号）									
被爆時状況確認証（又は被爆確認証）番号									

フリガナ		西暦 大正　　年　　月　　日生 昭和	性　別
氏　名			男・女
居住国			
住　所			
電話番号			
E-mail			

ご本人以外で連絡の取れる方の氏名・E-mail・電話番号

振込口座 ※1	金融機関名	
	本(支)店名	
	本(支)店住所	
	口座番号	
	口座名義人	
	SWIFT/BIC コード	
	IBAN コード※2	

申請時点での原爆症認定の有無	有　・　無
自己負担額	現地通貨　　（単位）

※1　・通帳の写し又は口座確認のできる書類を必ず添付してください。
・必ず申請者名義の口座としてください。
※2　南米または欧州地域にお住いの方のみ記入してください。

上記のとおり、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第 17 条（第 18 条）の規定により、医療費（一般疾病医療費）の支給を受けたく、関係書類を添えて申請いたします。また、支給される医療費（一般疾病医療費）の受領を、一般財団法人日本公衆衛生協会に委任します。

年　　月　　日

申請者氏名

※当該署名欄は必ず申請者ご自身が記入ください。

（代理で申請する場合）代理申請者氏名

代理申請者連絡先

※代理申請者連絡先は必ず連絡が取れる方の連絡先を記入ください。

広島県知事　様

様式第 11 号

確認内容変更届（氏名・住所・電話番号変更）

年　　月　　日

広島県知事　様

（変更後）住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（変更後）氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※当該署名欄は必ず申請者ご自身が記入ください。

変更がある項目のみ記載してください。

受給対象確認通知番号								
			ー					

氏名	フリガナ	
	変更前の氏名	
	フリガナ	
	変更後の氏名	
住所	変更前の住所	
	変更後の住所	
電話番号	変更前の電話番号	（国番号から記入すること）
	変更後の電話番号	（国番号から記入すること）
変更年月日		年　　月　　日

※　変更の内容が確認できる書類及び本人であることを証明できる書類を添付してください。

※　本届出は保健医療助成事業の申請のための届出であり、被爆者手帳の交付元の自治体に対しての手続は、別途行う必要があります。

様式第 12 号

医療費・一般疾病医療費支給申請書（死亡後申請用）

1. 申請する被爆者についての情報を記載してください。

受給対象確認通知番号									
					－				

フリガナ		西暦 大正　　年　　月　　日生 昭和	性　別
氏　　名			男・女
住　所			

2. 申請者について記載してください。

フリガナ		被 爆 者 との続柄	
氏　　名			
居 住 国			
住　　所			
電話番号	（国番号から記載すること）		
E-mail			

振込口座 ※1	金融機関名	
	本（支）店名	
	本（支）店住所	
	口座番号	
	口座名義人	
	SWIFT/BIC コード	
	IBAN コード※2	

自己負担額	現地通貨	（単位）

申請者は、死亡した被爆者の相続人であることを証明できる書類を必ず添付してください。

※1　・通帳の写し又は口座確認のできる書類を必ず添付してください。
・必ず申請者名義の口座としてください。
※2　南米または欧州地域にお住いの方のみ記入してください。

上記のとおり、死亡した＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿に対する、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第 17 条（第 18 条）の規定により、医療費（一般疾病医療費）の支給を受けたく、関係書類を添えて申請いたします。また、支給される医療費（一般疾病医療費）の受領を、一般財団法人日本公衆衛生協会に委任します。

万が一、受領後に当該医療費に関して争議が生じた場合、広島県知事に責任を問わないことはもちろん、私が一切の責任を負うことを誓います。

＿＿＿＿＿＿年　　月　　日

申請者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※当該署名欄は必ず申請者ご自身が記入ください。

広島県知事　様

様式第 13 号

死　　亡　　届

年　　月　　日

広 島 県 知 事　様

下記のとおり死亡の届出を、関係書類を添えて届け出ます。

フリガナ		被 爆 者 と の 続 柄	
氏　名			
居住国			
住　所			
電話番号	（国番号から記載のこと）		

死亡した者	受給対象確認通知番号				ー					
	フリガナ									
	氏　　名									
	死亡の際の住　　所									
	死亡年月日									

※　死亡年月日を確認できる書類（公的機関または病院で発行された死亡証明書）を添付してください。

※　本届出は「医療費(一般疾病医療費)」の申請のための届出であり、被爆者手帳の交付元の自治体に対しての手続は、別途行う必要があります。

※　受給対象確認通知書を返還してください。